



Evaluación de Paciente

¿Cuanto tiempo ha pasado desde su última visita al médico? (Escoje la más apropiada)

Nunca he ido Menos de un año Más de un año No sé

¿Actualmente tiene alguna condición médica? Sí No

Si contesta sí, por favor ponga los medicamentos abajo:

¿Está tomando o debe tomar algún medicamento? Sí No

Si contesta sí, por favor ponga los medicamentos abajo:

¿Tiene usted una clínica o doctor donde va para servicios médicos? Sí No

Si contesta sí, por favor ponga los nombres y/o las clínicas abajo:

¿Ha sido internado en el hospital? Sí No

1. El Hospital: _____ Por causa de: _____ Fecha: _____

2. El Hospital: _____ Por causa de: _____ Fecha: _____

¿A cual clínica, si hay, va Ud. cuando necesita servicios dentales?

¿Actualmente tiene problemas dentales? Sí No

Si contesta sí, por favor explique sus problemas abajo:

¿Cuanto tiempo ha pasado desde su última visita al dentista?

Más de un año Hace 6 a 12 meses Dentro de los últimos 6 meses Nunca

¿Cuando fue la última vez que tuvo una limpieza de dientes profesional con un dentista?

Más de un año Hace 6 a 12 meses Dentro de los últimos 6 meses Nunca

¿Cuándo fue la última vez que tomó 4 o 5 bebidas alcohólicas en una ocasión?

Nunca

Durante los últimos 6 meses

Hace más de 6 meses

¿Normalmente, cuántas veces toma a la semana?

Nunca

Una vez a la semana

Más de dos veces a la semana

¿Cuándo fue la última vez que usó drogas ilegales o tomó algún medicamento que no le ha recetado un médico?

Nunca

Durante el año pasado

Hace más de un año

¿Alguna vez Ud. ha pensado que debe reducir su uso de alcohol ó drogas?

Sí

No

¿Se ha sentido mal ó tenido vergüenza debido al uso de alcohol ó drogas?

Sí

No

¿Le ha molestado cuando otros se quejan de su uso de alcohol ó drogas?

Sí

No

¿Alguna vez Ud. ha tenido que tomar una bebida alcohólica o drogas en la mañana para despertarse y tranquilizarse los nervios, ó para quitarse el malestar de la noche anterior?

Sí

No

¿Ha estado bajo tratamiento de un profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo, o terapeuta)?

Sí

No

¿Le han recetado algún medicamento por problemas psiquiátricos o emocionales?

Sí

No

¿Si es sí, qué? _____

¿Ha tenido problemas psiquiátricos o emocionales dentro de los últimos 30 días?

Sí

No

¿Alguna vez ha sentido tan triste que ha pensado en suicidarse?

Sí

No

¿Si es sí, cuando? _____

¿Alguna vez ha sentido tan enojado que ha querido dañar a otra persona?

Sí

No

¿Si es sí, cuando? _____

¿Has oído ruidos, ó voces, ó visto cosas que otros no oyeron ó vieron?

Sí

No

¿Si es sí, cuando? _____